

連江縣發展遲緩兒童早期療育紀錄單

_____年_____月

兒童姓名：_____（請於表格中註明療育日期、單位、項目及治療人員核章）

次數 1	次數 2	次數 3	次數 4
_____年_____月_____日	_____年_____月_____日	_____年_____月_____日	_____年_____月_____日
療育單位：	療育單位：	療育單位：	療育單位：
療育項目：	療育項目：	療育項目：	療育項目：
治療人員：	治療人員：	治療人員：	治療人員：
次數 5	次數 6	次數 7	次數 8
_____年_____月_____日	_____年_____月_____日	_____年_____月_____日	_____年_____月_____日
療育單位：	療育單位：	療育單位：	療育單位：
療育項目：	療育項目：	療育項目：	療育項目：
治療人員：	治療人員：	治療人員：	治療人員：
次數 9	次數 10	次數 11	次數 12
_____年_____月_____日	_____年_____月_____日	_____年_____月_____日	_____年_____月_____日
療育單位：	療育單位：	療育單位：	療育單位：
療育項目：	療育項目：	療育項目：	療育項目：
治療人員：	治療人員：	治療人員：	治療人員：

- 註：1. 請詳實填寫，未依規定註記則不予補助，若經查證有偽造之情形時，本縣將保留一切法律追訴權。
2. 表格內容若有塗改，應於塗改處加蓋治療師之職章或醫院之門診章，若未核章則視為無效次數，不予補助。
3. 本紀錄單一個月使用一張，如不敷使用，請自行影印。
4. 申請日期：1-3月補助款，請於每年4月5日前申請；4-6月補助款，請於每年7月5日前申請；7-9月補助款，請於每年10月5日前申請；10-12月補助款，請於次年1月5日前申請；逾期不予受理。
5. 受理單位：連江縣各鄉公所。
6. 撥款單位：連江縣衛生福利局(社會福利科)，聯絡電話：25022 分機 313。